№ 3. Marzec 1911 r. Rok VI.

Kronika Dentystyczna,

MIESIĘCZNIK

POSWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ I SPRAWOM ZAWODOWYM.

Prace oryginalne.

Przypadek całkowitego rozszczepienia podniebienia i wyrostka zębodołowego.

PODAŁ

M. Krakowski.

W. B. 29 l., dość zdrowy i dobrze odżywiany, zwrócił się do mnie z prośbą o zrobienie mu zamykadła podniebiennego.

Z wywiadów przekonałem się: ojciec pacjenta umarł, mając lat 44 na suchoty, matka żyje, cierpi na ataki sercowe; bracia są zdrowi. Pacjent urodził się z rozszczepionem podniebieniem; w 8 roku życia zrobiono mu operację; syfilisu nie miał; wskutek nagromadzenia się śluzu w górnym odcinku dróg oddechowych, często zapada na silny kaszel i chrypkę; dość często wskutek kaszlu występują wymioty; mowa, żucie oraz przyjmowanie płynów są utrudnione; pokarmy oraz płyny dostają się do jamy nosowej.

Przy powierzchownem badaniu stwierdzono co następuje: głowa w stosunku do tułowia mała, słabo uwłosiona; nos płaski, szczególnie z lewej strony; po tejże stronie twarzy widać bliznę po operacji wargi zajęczej; skóra wokoło otworów nosowych znacznie zmacerowana wskutek ciągłych wydzielin nosowych; mowa niewyraźna o odcieniu nosowym (podczas rozmowy pacjent bardzo się ślini).

Oględziny jamy ustnej wykazały co następuje: w dolnej szczęce brak kilku zębów, wyjętych w różnych odstępach czasu; przednie zęby tejże szczęki rozmieszczone są w kształcie wachlarza; w górnej szczęce brak lewych trzonowców, lewego kła, małego lewego siekacza, dalej — prawego środkowego siekacza, prawego kła i 2-go trzonowca; na podniebieniu widoczny jest otwór rozmiaru dużego palca, zwężający się od tyłu ku przodowi (w kierunku środkowej linji); wyrostki zębodołowe nieco zaledwie połączone są na przedniej tylko powierzchni, wyrostki zaś podniebienne (kości szczękowych i podniebiennych) są bardzo słabo rozwinięte; brzegi otworu (rozszczepienia) są dość grube, nieco spłaszczone; w okolicy prawych trzonowców znajduje się gładka, pochylona ku tyłowi wklęsłość (c).



Od wierzchołka otworu w kierunku prawego kła ciągnie się prosta brózda, wyraźnie uwydatniona w przedniej swej części; od połowy tej brózdy ku lewej stronie ciągnie się znowu blizna po przebytej operacji (a); zewnętrzny brzeg brózdy w tylniej części uwypuklony jest w postaci dużej brodawki (b); prawa powierzchnia podniebienia pokryta jest nierównościami, lewa zaś—zupełnie gładka.

Miękkie podniebienie i języczek są zupełnie rozdwojone. W otwartej jamie nosowej widoczne są muszle i lemiesz, rozwinięty tylko w przedniej części; śluzówka jamy ustnej, nosowej i przełyku w stanie przekrwienia zastoinowego; z jamy nosowo-gardłowej wydziela się

znaczna ilość śluzu; śluzówka w tej ostatniej okolicy nie reaguje na bodźce mechaniczne.

W celu poprawienia niedomagań czynnościowych, przystąpiłem do wykonania zamykadła podniebiennego. Ze względu na stan materjalny pacjenta wybrałem najprostszy system aparatu. W celu otrzymania odpowiedniego wycisku, przygotowałem druciany szkielet w formie łyżki wyciskowej z występem ku tyłowi; szkielet wypełniłem lakiem; powierzchnię podniebienną tak zbudowanej łyżki obłożono listkiem ołowianym (folją); miejsce, odpowiadające rozszczepieniu, zostało w należyty sposób podniesione.

Dobrze rozgrzaną w wodzie białą gutaperkę wcisnąłem palcami w otwór (podniebienny) aż do przełyku (boki nad otworem wypełniono, naturalnie, gazą). Wolną powierzchnię gutaperki posmarowałem gęstym balsamem kanadyjskim, w celu połączenia jej z masą wyciskową. Umieściwszy ostatnią, dobrze ogrzaną, w powyższej łyżce, zdjąłem wycisk z całej szczęki. Na zdjętym w ten sposób wycisku odbite były wszystkie części otworu aż do samego przełyku. Dobrawszy brakujące zęby, przygotowałem woskowy model; ostatni poprzewlekany był kawałkami drutu w różnych kierunkach, ażeby ochronić go od zaginania się lub połamania. Zrobiwszy podczas przymierzania kilka poprawek, przystąpiłem do zamiany wosku kauczukiem. Część zamykadła, odpowiadającą tylnej części (miękkiemu podniebieniu), przygotowałem z miękkiej gutaperki (czasowo), która, jak wiadomo, długi czas zachowuje swą elastyczność i w ten sposób daje możność otaczającym mięśniom uformować odpowiednie zagłębienia (rowki). Pozostała część zrobiona została z twardego kauczuku (A. E.). Po kilku tygodniach gutaperkę zastąpiłem miękkim kauczukiem. W tym celu w gipsowym odlewie boki i tylna część wystającej części aparatu wyłożone zostały miękkim kauczukiem; dolna zaś część, od strony jamy ustnej, wykonana była z twardego kauczuku. Wnętrze powstałego w ten sposób czopa (wystającej części) wypełnione zostało ciastem z pumeksu i wody, które po zwulkanizowaniu wypłukałem strzykawką przez wyświdrowane w twardym kauczuku 2 otwory. Ostatnie następnie zamknąłem kauczukowymi klinikami, pokrytymi cementem.

Zamykadło z początku bardzo nieznacznie poprawiło mowę, lecz po upływie kilku miesięcy ostatnia polepszyła się znacznie.

Z postępów medycyny teoretycznej.

O odczynie Wassermann'a.

W roku 1906 ukazała się praca Wassermann'a, Neisser'a i Bruck'a, w której badacze ci stwierdzili szereg faktów nader doniosłego znaczenia, a dotyczących istoty syfilisu i sposobów wykrywania tej choroby. Autorowie dowiedli, że we krwi małp, sztucznie zakażonych jadem syfilitycznym, oraz we krwi ludzi, chorych na przymiot, znajdują się pierwiastki, które dawać mogą połączenie z wyciągiem z narządów syfilitycznych, i że we krwi ludzi i małp zdrowych pierwiastków takich niema zupełnie. Odczyn, o którym mowa, należy do szeregu t. z. odczynów biologicznych i nie ujawnia się żadną zmianą barwy lub wyglądu mieszaniny obu składników, udział w nim biorących, jak to bywa naprz. w odczynach chemicznych; ściśle biorąc, w mieszaninie tej zachodzą niewątpliwie zmiany fizykalne i chemiczne, lecz są one dla zmysłów naszych niedostępne, to też dla stwierdzenia ich posiłkować się musimy odczynami ubocznymi.

Istotę zjawisk, o których tu mowa, a znanych obecnie w nauce pod nazwą *odczynu Wassermann'a*, zrozumieć można dopiero po zapoznaniu się z osnową nauki o hemolizie i niektóremi zdobyczami najnowszych badań nad odpornością, o tych więc kwestjach przedewszystkiem w krótkości wspomnieć tu musimy.

Oddawna wiadomem było, że surowica krwi niektórych zwierząt działa zgubnie na czerwone ciałka krwi innych zwierząt, sprowadzając t. z. zjawisko hemolizy, czyli wystąpienie z tych ciałek hemoglobiny, poczem krążki krwi ulegają odbarwieniu, a płyn, w którym odbywał się proces hemolizy, staje się czerwonym i przezroczystym. Ponieważ doświadczenie to jest nader proste i wielką w nauce odgrywa rolę, przeto pozwolimy sobie je w krótkości nakreślić według klasycznych przepisów Ehrlich'a i Morgenroth'a.

Do próby użyjemy ciałek krwi królika i surowicy krwi gęsi; surowica krwi gęsiej zbierana jest z ponad skrzepu świeżo wypuszczonej krwi, trzymanej w chłodzie w ciągu doby, ciałka zaś krwi króliczej winny być uwolnione od innych składników tej krwi przez odwirowanie i następnie trzykrotnie przepłukane fizjologicznym (0,85°/₀)

rozczynem soli (przez zmieszanie z tym płynem, odwirowanie ciałek od płynu, który ściągamy pipetką i zastępujemy nowym). Przemyte ciałka mieszamy z fizjologicznym rozczynem w stosunku 5 ctm.^{3} na 95 ctm.^{3} rozczynu (5%) i zawiesinę rozlewamy w probówki po 1 ctm.^{3}, poczem do tych samych probówek dolewamy wzrastające ilości surowicy krwi gęsiej i rozczynu fizjologicznego tak, aby we wszystkich probówkach znajdowała się jednakowa ilość płynu. Po dokładnem zmieszaniu zawartości probówki przenosimy do cieplarki ogrzewanej (37° C), gdzie probówki pozostają 2 godziny, i następnie do lodowni, gdzie ciałka krwi opadają na dno naczynek.

Po wyjęciu probówek z lodowni stwierdzamy, iż w niektórych płyn ponad ciałkami jest zupełnie bezbarwny, w innych słabo lub mocniej zabarwiony i że w tych ostatnich osadu na dnie prawie nie widzimy zupełnie.

Dla przykładu przytoczymy tu jedno doświadczenie według Müllera.

Krwinki królicze (5%)	Surowica gęsia	Wynik po 2 godzinach
1 ctm^3	0,01	hemolizy niema
1 „	0,02	hemolizy niema
1 „	0,03	rozpuszczenie krwinek częściowe
1 „	0,04	„ „ znaczne
1 „	0,05	„ „ zupełne
1 „	0,06	„ „ „

W powyższem doświadczeniu 0,02 stanowi dolną, zaś 0,05 górną granicę hemolitycznego działania surowicy. H. Buchner, który jeden z pierwszych badał hemolityczne własności surowic, przypisywał je obecności pewnych związków, które nazwał *aleksynami* i które, zdaniem jego, warunkowały również bakterjobójcze własności surowic, będąc tem samem podstawowym czynnikiem odporności. Aleksyny są to ciała nietrwałe, giną pod wpływem światła, powietrza, a najprędzej—ogrzewania, tak że ogrzewanie surowicy w 56° C w ciągu ½ godziny pozbawia ją wszelkich własności bakterjobójczych i krwinkobójczych. Ogrzana surowica nie sprowadza już hemolizy chociażbyśmy ej użyli w znacznie wyższej dozie czyli w większem stężeniu; jeżeli

jednak do mieszaniny nieczynnej surowicy i krwinek dodamy niewielką ilość jakiejkolwiek innej świeżej surowicy, która sama przez się nie jest w stanie hemolizy sprowadzić, wówczas stwierdzimy, że owa nieczynna ogrzana surowica niejako odradza się i odzyskuje utraconą własność hemolityczną. To doświadczenie poucza nas, że przez ogrzewanie niezupełnie niszczymy własności surowicy, lecz że raczej pozbawiamy ją pewnego pierwiastka, który znajduje się w świeżej surowicy bardzo wielu zwierząt.

Analizę naszej hemolitycznej surowicy możemy jednak prowadzić dalej i w tym celu mieszamy zawiesinę krwinek z nieczynną (ogrzaną) surowicą hemolityczną i po 2-godzinnem trzymaniu w cieplarce poddajemy działaniu wirówki.

Oddzielamy niezmienione krwinki od płynu niezabarwionego i każdy z tych składników poddajemy dalszemu badaniu. Do odwirowanego płynu dodajemy świeżych krwinek i taką ilość normalnej surowicy, która w przytoczonej wyżej próbie sprowadziła hemolizę; tym razem jednak ciałka nie ulegną rozpuszczeniu, co dowodzi, że w płynie brak pewnego pierwiastka, który się w nim znajdował przed zmieszaniem z krwinkami. Następnie odwirowane krwinki ponownie mieszamy z rozczynem soli fizjologicznym i niehemolizującą dawką surowicy normalnej; tu w cieplarce nastąpi hemoliza, dzięki czemu możemy wnioskować, że krwinki wyciągnęły niejako z ogrzanej surowicy ów pierwiastek dla hemolizy potrzebny.

Takie i inne bardzo liczne badania, o których tu rozwodzić się nie możemy, utrwaliły znakomitych badaczy Bordet'a i Ehrlich'a w tem przeświadczeniu, że hemolityczne (a i bakterjobójcze) własności surowic dają się wytłumaczyć obecnością 2 pierwiastków w tych surowicach: jeden jest ciepłotrwały, czyli znosi ogrzewanie w 56° w ciągu $^1/_2$ godziny i więcej, i właściwy jest tylko danej surowicy, drugi zaś ulega zniszczeniu pod wpływem ogrzewania, natomiast znajduje się w bardzo wielu surowicach normalnych różnych zwierząt. Pierwszy pierwiastek nazwano: *substance sensibilisatrice* lub *amboceptor*, drugi — *alexine* lub *komplement*, *dopełniacz*; połączenie tych dwu ciał w surowicy stanowi o jej własnościach hemolitycznych. Nawiasem dodać tu winniśmy, że pierwiastkom tym nie należy przypisywać żadnej określonej natury chemicznej; są one związane z białkowemi ciałami

surowicy i raczej są pewną funkcją lub własnością nieznanych dotąd składników surowic.

Zjawiska hemolizy, występujące, jak wyżej przytoczono, w działaniu na czerwone ciałka krwi pewnych surowic innego gatunku zwierząt, znacznie jaskrawiej uwydatniają się wtedy, jeżeli posiłkować się będziemy surowicą zwierząt, którym uprzednio zastrzykiwano ciałka krwi innego zwierzęcia. Hemolityczne własności surowicy występują wówczas w bardzo silnym stopniu nawet tam, gdzie normalna ta sama surowica ich nie posiadała. Belfanti i Carbone pierwsi stwierdzili, że surowica konia, która normalnie prawie wcale nie działa na krwinki królicze, przez zastrzykiwanie koniowi krwi króliczej pod skórę nabiera bardzo silnych własności hemolitycznych względem krwinek króliczych i równocześnie staje się dla królików bardzo wybitnie trującą dzięki temu, że w ciele tych zwierząt sprowadza hemolizę. Takie surowice hemolityczne, dające się osiągnąć u rozmaitych zwierząt przez wprowadzanie krwinek zwierząt innego gatunku, posiadają te same składniki, jak surowice hemolityczne normalne; można w nich przeto stwierdzić obecność amboceptora swoistego, działającego tylko na ten rodzaj krwinek, który użyto do uodporniania, i dopełniacza nieswoistego, który może być zastąpiony przez dopełniacz jakiejkolwiek surowicy normalnej; amboceptor jest ciepłotrwały, dopełniacz zaś nietrwały, dlatego też w doświadczeniach z hemolizą stale posiłkujemy się ogrzaną surowicą swoistą hemolityczną, do której w chwili dokonywania próby dodajemy świeżej surowicy normalnej, obfitującej w dopełniacze.

Dla dokonywania próby Wassermann'a najczęściej posiłkujemy się surowicą krwi królików, którym kilkakrotnie zastrzykiwano opłukane starannie solą krwinki baranie; surowica taka posiada własności hemolityczne w wybitnym stopniu, gdyż działa już na zawiesinę krwinek baranich w rozcieńczeniu 1:1500 —1:2000.

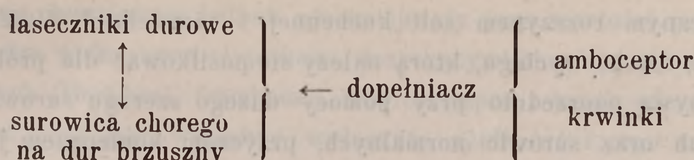
Surowica taka może być przechowywana (po ogrzaniu w 56° C $^1/_2$ godziny) przez czas bardzo długi; jako dopełniacza używamy więcej surowicy świnki morskiej, gdyż surowica ta prawie zupełnie nie działa na krwinki baranie, a własność dopełniająca jej jest bardzo wybitna. Jeżeli więc zmieszamy odpowiednio rozcieńczoną surowicę hemolityczną króliczą i zawiesinę 5% krwinek baranich, to hemoliza

w cieplarce nastąpi tylko wtedy, jeżeli jest obecny dopełniacz, w braku zaś tego ciała krwinki nie ulegną rozpuszczeniu; innemi słowy, możemy się posiłkować mieszaniną krwinek baranich i amboceptora króliczego jako odczynnika do wykrycia w jakimbądź płynie obecności dopełniacza lub dla stwierdzenia jego braku.

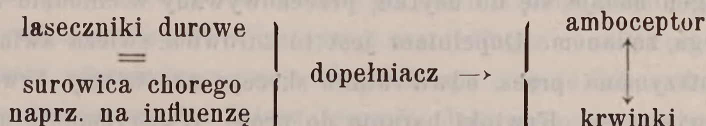
Znając fakt powyższy, możemy stosunek jego do odczynu Wassermann'a zrozumieć; przedewszystkiem należy jednak wspomnieć o odkryciu nader doniosłem, które uczynili dwaj znakomici badacze francuscy Bordet i Gengou w 1901 roku. Stwierdzili oni, że zawsze tam, gdzie w jakimbądź płynie znajduje się dopełniacz normalnej surowicy krwi w obecności pewnych antygenów i odpowiednich anti-ciał, następuje pochłonięcie, inaczej związanie tego dopełniacza.

Antygenami nazywamy wszelkie ciała bądź upostaciowane bądź nie, naprz. bakterje, komórki różnych narządów, toksyny, ciała białkowe i t. d., które po wprowadzeniu do żywego ustroju powodują powstanie w nim odpowiednich ciał „anti", inaczej—niweczników; niweczniki są to przeto wytwory odczynu ustroju na wprowadzone antygeny. Jeżeli zmieszamy antygen i niwecznik odpowiedni, wówczas działanie ich wzajemnie się niszczy, a w razie obecności dopełniacza ulega on związaniu, unieruchomieniu i nie może uczestniczyć w hemolitycznem ogniwie, dodanem później do tego samego ośrodka; jeżeli jednak antygen znajduje się obok niwecznika nieswoistego, to połączenie nie nastąpi, jak również nie zostanie związany dopełniacz, który też następnie może wziąć udział w hemolizie.

Dwa przykłady wyjaśnią nam tę sprawę. Przypuśćmy, że za pomocą metody Bordet-Gengou pragniemy stwierdzić lub wykluczyć tyfus brzuszny u chorego. W tym celu mieszamy w probówce antygen czyli—w tym razie—laseczniki duru brzusznego, ogrzaną (do 56° C w celu zniszczenia dopełniacza) surowicę krwi chorego i dopełniacz, mianowicie niewielką ilość świeżej surowicy krwi świnki morskiej; mieszaninę tę umieszczamy w cieplarce w 37° i po upływie godziny dodajemy zawiesinę krwinek baranich i amboceptor swoisty w odpowiedniej dawce (ogrzany w 56°). Tu zajść mogą 2 przypadki; jeżeli w surowicy badanej znajdują się swoiste niweczniki tyfusowe, wówczas tworzący się związek odchyli dopełniającą surowicę i hemoliza się nie odbędzie.



Jeżeli zaś w surowicy badanej niema anti-ciał swoistych, wówczas dopełniacz pozostanie wolny i uruchomi następnie hemolizę



Genialna ta metoda badania dała nieoczekiwane wyniki w bardzo wielu kwestjach niejasnych, a czułość jej nieraz przewyższa wszystkie inne metody djagnostyczne; za pomocą odczynu Bordet-Gengou możemy zarówno stwierdzić obecność różnych antygenów jak i niweczników, ściśle oznaczyć obecność i rodzaj krwi w dochodzeniach sądowo-lekarskich i t. d.

W kilka lat po ukazaniu się pracy Bordet-Gengou Wassermann i Bruch dowiedli, że zamiast bakterji żywych lub zabitych można w próbie wymienionej posiłkować się wyciągiem (otrzymanym za pomocą rozczynu 0,85$^0/_0$ NaCl) z bakterji, który równie służyć może jako antygen. Dzięki temu spostrzeżeniu stało się możliwem dokonywanie próby odchylenia dopełniacza z bakterjami, których hodowli nie osiągnęliśmy jeszcze, a mianowicie przez użycie wyciągów z narządów, zawierających znaczne ilości tych mikrobów. Stąd do „próby Wassermanna" już był jeden tylko krok; jako antygenu użyto wyciągu z narządów chorych na syfilis, jako niwecznika — surowicy tych chorych, pozostawiając zresztą inne warunki odczynu Bordet-Gengou bez zmiany.

Technika próby Wassermann'a w ogólnych zarysach polega na następującem; udział w niej biorą wymienione już składniki: surowica badanego chorego, antygen syfilityczny, dopełniacz, krwinki baranie i amboceptor króliczy. Surowica badana otrzymywana jest ze krwi chorego po skrzepnięciu tej krwi i przed użyciem ogrzewana w 56° C w ciągu $^1/_2$ godziny, poczem można ją przechowywać w chłodzie w ciągu dni kilku; antygen syfilityczny jest to wyciąg z wątroby lub śledziony płodów ludzkich przedwcześnie urodzonych i macerowanych; wyciąg otrzymywany bywa przez kłócenie miazgi tych narządów z fi-

zjologicznym rozczynem soli kuchennej i niewielkich ilości (0,5%) karbolu; dawka wyciągu, którą należy się posiłkować dla próby, oznaczana bywa poprzednio przy pomocy dużego szeregu surowic syfilitycznych oraz surowic normalnych, przyczem koniecznem jest, aby antygen dawał odczyn z możliwie największą ilością surowic swoistych i nie dawał nigdy odczynu z surowicą osób zdrowych. Tylko taki antygen nadaje się do użytku; przechowywany w chłodzie niewielkim ulega zmianom. Dopełniacz jest to surowica świeża świnki morskiej, otrzymana przez odwirowanie skrzepu ze świeżej krwi zdrowych zwierzątek. Krwinki baranie do próby Wassermann'a używane są w postaci 5% zawiesiny w rozczynie fizjologicznym; amboceptor wreszcie jest to surowica królików, którym zastrzykiwano kilkakrotnie przemyte krwinki baranie; surowica ta po oznaczeniu miana w jakiem rozpuszcza zawiesinę krwinek, może być (po uprzedniej inaktywacji czyli ogrzaniu w 56° C) przechowywana w chłodzie przez czas b. długi; do odczynu używana bywa w dawce 3 lub 4-krotnej. Posiadając wymienione odczynniki, możemy dokonać próby Wassermann'a; w tym celu mieszamy w probówce oznaczoną dawkę antygenu, 0,1 ctm³ badanej surowicy i 0,05 surowicy świnki morskiej oraz soli fizjologicznej w takiej ilości, aby w probówce ilość płynu wynosiła 1,5 ctm³; probówkę umieszczamy na 1—1½ godziny w cieplarce i następnie dodajemy 0,5 ctm³ 5% zawiesiny krwinek, trzykrotną dawkę hemolizującą amboceptor i soli fizjologicznej—do 2,5 ctm; probówkę znów umieszczamy w 37° C. i po 20—30 minutach stwierdzamy w niej stan krwinek; jeżeli krwinki uległy hemolizie, wówczas surowica badana niereagowała z antygenem, czyli nie zawierała swoistych niweczników syfilitycznych; nie pojawienie się hemolizy świadczy o syfilisie u pacjenta.

W pierwotnej swej postaci odczyn Wassermann'a zachował się prawie bez zmiany w wielu pracowniach, w innych atoli uległ wielu modyfikacjom. Przedewszystkiem stwierdzono, że nietylko wodne rozczyny *resp.* wyciągi z narządów syfilitycznych zawierają pierwiastki czynne, lecz że pierwiastki te przechodzą również i do wyciągów alkoholowych; następnie dowiedziono, że wyciągi alkoholowe z normalnych narządów (naprz. z serca ludzkiego lub zwierząt), a nawet mieszaniny lecytyny i innych związków chemicznych mogą służyć jako antygeny. Fakty powyższe osłabiły wiarę w swoistość teoretyczną

odczynu, bynajmniej jednak nie zmiejszyły jego wartości praktycznej. Z bardzo nielicznymi wyjątkami, dotyczącymi chorób przeważnie egzotycznych (Beri-beri, framboesia tropica, lepra i inne), odczyn uważany być może jako właściwy wyłącznie syfilisowi i jego najbardziej oddalonym skutkom (wiąd rdzenia, porażenie postępujące i t. d.); materjał dotychczasowy, oparty na setkach tysięcy badań, upoważnia do uważania odczynu Wassermann'a za jeden z najpoważniejszych środków rozpoznawczych. Występując w niedługim czasie po zakażeniu syfilisem, odczyn trwa przez długie lata i słabnie lub znika zupełnie pod wpływem odpowiedniego leczenia. Jako metoda rozpoznawcza odczyn znalazł zastosowanie nietylko w syfilologji, lecz i we wszystkich dziedzinach medycyny praktycznej.

Dr. Jerzy Brunner.

Dział sprawozdawczy.

13) Prof. Upson H. S. (Cleveland. Ohio). **Psychozy wskutek bezbolesnych zaburzeń zębowych.** (Dental Cosmos 5 r. z.).

Przy studjowaniu cierpień psychicznych najważniejszą przeszkodę stanowi ich różnorodność. Niektóre przypadki są tak do siebie podobne, że jeden rodzaj choroby bezpośrednio przechodzi w inny, i niema dwóch przypadków, które byłyby zupełnie jednakowe. Drogą klasyfikacji jednak uproszczono rozpoznanie różnych chorób psychicznych.

Autor rozpatruje te tylko niedomagania psychiczne, które należą do kategorji psychoz czynnościowych, czyli niedomagania, nie mające źródła w cierpieniach organicznych mózgu.

Chorych, cierpiących na takie psychozy, jest mnóstwo. Wiele przypadków kończy się nieuleczalnem osłabieniem umysłu. Prawie u wszystkich tych chorych dają się zauważyć objawy bardziej skomplikowane, aniżeli zwykły zanik zdolności umysłowych. Właściwie mówiąc, typowymi u takich chorych są objawy uczuciowe o charakterze obniżającym lub pobudzającym: tęsknota, gniew, strach lub inne towarzyszące im uczucia; dopiero w następstwie, zdaniem autora, powstają zaburzenia w sferze świadomości, kończące się zanikiem władz umysłowych (obłąkaniem) wskutek wyczerpania życiowej energji nerwów i mózgu.

Droga, przez którą chory stopniowo dochodzi do stanu obłąkania, w różnych przypadkach bywa różnorodna i zależy od wieku. Duży procent schorzeń przypada na wiek od 14 do 25 lat. Podział psychicznych chorób czynnościowych na melancholję, manję i otępienie przedwczesne *(dementia praecox)* jest dogodny pod względem praktycznym, lecz mniej ważny, aniżeli ustalenie etjologii tych schorzeń. Wszystkie one nie wykazują pomiędzy sobą wybitnej różnicy, a fakt, że powagi naukowe tak różne wydają opinje, gdy rozchodzi się o zakwalifikowanie niedomagań psychicznych, nasuwa myśl, że cierpienia te różnią się nietyle co do swej istoty, ile pod względem objawowym.

Spostrzeżenia autora w okresie trzech lat ostatnich przekonały go, że psychozy te pochodzenie swe zawdzięczają podrażnieniom w sferze obwodowej systemu nerwowego, *przyczem zęby i szczęki najczęściej bywają miejscem takiego podrażnienia*, wobec tego, że cierpienia zębów są chorobami, którym najczęściej podlega organizm ludzki. Że cierpienia narządów wewnętrznych wywołać mogą melancholję lub manję, nie jest to nowiną; lecz nowiną jest to, że niedomagania psychiczne występują jako wynik zwykłego drażnienia. Nowiną jest również to, że otępienie przedwczesne zależy od podrażnienia i że może być ono następstwem zmian patologicznych w zębach. Z punktu widzenia dentystycznego nowem jest spostrzeżenie, że choroby zębów mogą mieć przebieg bezbolesny i że takie choroby bezbolesne w rezultacie stać się mogą bardziej zgubnemi.

Nowiną jest fakt, że obecność w szczęce niewyrzniętych zębów często jednocześnie przypada z niedomaganiami psychicznemi, że zęby te stanowią przyczynę różnych objawów psychopatologicznych lub też jakichkolwiek innych symptomatów w systemie nerwowym niezależnie od bólu.

Przy badaniu poniższych przypadków mimochodem wyszło na jaw wielkie znaczenie radjografji, jako środka rozpoznawczego, niezbędnego do racjonalnego leczenia zębów i umożliwiającego unikanie pomyłek.

Na 58 przypadków schorzeń nerwowych i psychicznych, jakie autor obserwował w ostatnich czasach i w których stosował badanie za pomocą promieni Roentgen'a, w 32 stwierdził obecność w szczęce niewyrzniętych zębów — po jednym lub kilka. W wielu przypadkach bólu wcale nie było, a w żadnym nie był on umiejscowiony

tam, gdzie znajdował się ząb, stanowiący przyczynę. W trzech przypadkach od czasu do czasu bolały wszystkie zęby, przyczem ani pacjent, ani dentysta nie przypisywali powodu tego bólu właściwie zębom. Z tych 58 przyp. 9 dotyczyło chorych na *dementia praecox;* ukryte w szczęce zęby usunięte zostały drogą operacji; w 6-iu przyp. nastąpiło wyzdrowienie, w 2-ch—poprawa, 1 przyp. pozostał bez polepszenia.

W szeregu chorób psychicznych, wynikających wskutek miejscowego drażnienia, otępienie przedwczesne *(dementia praecox)* zasługuje na największą uwagę, tak z tego powodu, że często się daje spostrzegać, jakoteż i dla tego, że nieraz kończy się smutnie. Ażeby przedstawić jaskrawy obraz, autor przytacza te tylko przypadki, przy których leczenie przedsięwzięto we wczesnym okresie, mniej więcej, w ciągu pierwszych sześciu miesięcy od początku choroby. W wielu przypadkach leczenie bywa skutecznem i w późniejszym okresie, lecz trzeba mieć na uwadze to, że *dementia praecox* o szybkim przebiegu w krótkim czasie prowadzi do zniszczenia tkanki mózgowej: władze umysłowe szybko gasną; w tym stanie prognostyka jest również beznadziejną jak przy błonicy lub gruźlicy, kiedy chory znajduje się już w szponach śmierci. W tym stanie od leczenia nie należy oczekiwać pomyślnych wyników. O tem autor przekonał się przy badaniu chorych w szpitalach w m. Cleveland i Columbji.

Niżej przytoczone przypadki spostrzegane były w prywatnej praktyce; większość dotyczyła przyp. ze stanem beznadziejnym. Pacjenci cierpieli na próchnicę w znacznym stopniu oraz ropnie zębodołowe—cierpienia te co do skutków jednakowe z zębami wewnątrzkostnymi, lecz bardziej utrudniające rozpoznanie wskutek znacznej komplikacji.

Przypadek 1. Przypadek ten, który doprowadził do wykrycia zatrzymanego zęba i innych zmian patologicznych w zębach, polegał na silnym bólu zębów wskutek zapalenia ozębnej zęba z dużą plombą, powstałego z przyczyny obumarcia miazgi. Pacjentka była w stanie przygnębienia i cierpiała na bezsenność, lecz co najważniejsza — wówczas, kiedy ból nie był zbyt silny. I przygnębienie i bezsenność nie miały związku z bólem, aczkolwiek rozpoczęły się jednocześnie z chorobą. Po usunięciu zatrzymanego zęba nastąpiło wyzdrowienie.

Przypadek 2-gi dotyczył chorej, u której bezsenność i przygnębienie występowały w znacznym stopniu i wikłały się niepokojem, typowem jak dla bólu zębów, tak i melancholji. Bólów nie od-

czuwano ani obecnie, ani dawniej (w ciągu kilku lat). Przypadek ten był jednym z typowych przypadków zwykłej melancholji. Pacjentka szybko powróciła do zdrowia po doprowadzeniu zęba do porządku.

Przyp. 3-ci. Pacjentka zdradzała te same objawy w zakresie psychozy; choroba trwała od dwóch lat. Chora uważała siebie za wielką grzesznicę i nieuleczalnie cierpiącą na chorobę mózgową. W tym przypadku spróchniałych zębów nie wykryto, lecz w szczęce znajdował się zatrzymany górny trzeci trzonowiec; został on usunięty, poczem nastąpiło trwałe wyzdrowienie i do dziś dnia (po 3-ch latach) pacjentka jest zdrową psychicznie i fizycznie.

Przyp. 4. Pacjentka 27 l., zamężna od 2-ch lat, zupełnie zdrowa, aczkolwiek budowy niezbyt silnej; posiada wybitne zdolności umysłowe, wysoce wykształcona, obdarzona subtelnym rozumem i charakterem.

W połowie maja 1909 r. otaczający zauważyli pewien brak logiki w rozmowie jej. Matka, która przy niej się znajdowała, zaniepokoiła się tem i zawiozła ją do siebie, gdzie autor chorą odwiedził po upływie tygodnia. Choroba postępowała tak szybko, że już w krótkim czasie psychiczne zboczenie u chorej wystąpiło wyraźnie. Pacjentka wiele nocy kolejno spędzała bezsennie, zasypiając tylko po użyciu środków nasennych. Podczas dnia była ciągle podniecona, mówiła bezustannie i często płakała. Od czasu do czasu przykładała rękę do lewej strony głowy, lecz na zapytanie czy co nie boli, odpowiadała przecząco. Według oświadczenia rodziców, pacjentka nie cierpiała nigdy ani na ból głowy, ani zębów. Przez dwa tygodnie chora pozostawała w jednakowym stanie, z tą tylko różnicą, że podniecenie oraz rozmówność stale wzmagały się. Po trzech tygodniach od początku choroby pacjentka wygłaszała już nieustannie zdania zupełnie bez związku, łącząc rozmowę z gestykulacją dramatyczną. Często płakała bez łączności z tem, o czem była mowa w danej chwili, spędzała czas przeważnie na chodzeniu wokoło łóżka, a czasami pełzała na czworakach. Bardziej jeszcze, niż przyćmienie świadomości, uderzała jej nieustająca energja. Trzeba było ciągle uważać na nią, ażeby nie pozwolić jej wyskoczyć oknem. Ciągła ruchliwość oraz odmowa przyjmowania pokarmów miały ten skutek, że chora znacznie schudła i straciła zdrową cerę.

Badanie nie wykryło żadnych zmian w organach wewnętrznych,

które mogłyby tłumaczyć jej stan. Stwierdzono tylko kilka bardzo zepsutych zębów oraz jedną lub dwie duże plomby (w blizkości miazgi); zatrzymanych zębów lub korzeni z ropniami nie wykryto.

Przypuszczając, że stwierdzony stan zębów mógł stanowić przyczynę podrażnienia, 6 czerwca 1909 r. usunięto następujące zęby: dolne prawe—pierwszy, drugi i trzeci trzonowce, górne prawe—drugi trzonowiec i drugi dwuguzkowiec, dolny lewy trzeci trzonowiec i górny lewy pierwszy trzonowiec. Przy zbadaniu tych zębów po wyjęciu, stwierdzono, że w górnym lewym pierwszym trzonowcu duża plomba amalgamatowa oddzielona była od żywej miazgi cieniutką warstwą zębiny; dolny prawy trzeci trzonowiec zniszczony do samej miazgi; komora miazgowa górnego prawego drugiego trzonowca była wypełniona zębiniakami; w dolnych drugim i trzecim trzonowcach znajdowały się duże plomby przy samej miazdze; pozostałe zęby (wyjęte) były spróchniałe w mniejszym lub większym stopniu.

Oczywiście ubytki te wywołały silne podrażnienie, chociaż przy pomocy promieni Roentgen'a niepodobna było ujawnić całej istoty tych niedomagań. W górnym lewym pierwszym trzonowcu np. widać było tylko dużą plombę, która jednak, jak się zdawało, znajdowała się niezbyt blizko miazgi. Patologiczne znaczenie tego zęba łatwo było przeoczyć; ząb ten został wyjęty tylko dlatego, że postanowiono usunąć wszystko co wywołać może podrażnienie wobec wyjątkowo ciężkiego stanu chorej.

W ciągu dwóch—trzech dni po operacji chora wydawała się spokojniejszą; zaczęła chętniej przyjmować pożywienie, sił jej z dnia na dzień przybywało; tylko sen był jeszcze rozstrojony i przez kilka tygodni pacjentka jeszcze stale przyjmowała środki nasenne. Po miesiącu stan chorej o tyle się polepszył, że wypuszczano ją z pokoju i mogła przyjmować udział w grze krokietowej. Sen i apetyt wróciły; mowa przez cały prawie czas była świadoma, chociaż niekiedy zdarzały się oznaki zagmatwania myśli. W sześć tygodni po operacji mowa była już zupełnie przytomna; od tego czasu chora zaczęła się znacznie poprawiać; fizyczne i psychiczne jej zdrowie powróciło zupełnie. Dr. F. C. Hutchins, były lekarz „State Hospital'u" (Cleveland), który nastręczył autorowi sposobność obserwowania tej chorej, zgodził się z autorem co do rozpoznania choroby—*dementia praecox*.

Przyp. 5 stwierdza nietyle dokładność wyników, otrzymywanych

za pomocą promieni Roentgen'a, ile trudności, jakie możemy napotykać. Przypadki tego rodzaju stanowią nie skutek zatrzymywania się zębów, lecz wynik mniejszego lub większego rozprzestrzeniania próchnicy, niszczącej znaczną ilość zębów, co niekiedy czyni rozpoznanie bardzo trudnem.

Pacjentka, kobieta zamężna, lat 28. Na cztery miesiące przed wstąpieniem do szpitala była bardzo przygnębiona (po otrzymaniu smutnej wiadomości); od owego czasu stała się ponurą i nietowarzyską; przedtem była zdrową, jeżeli nie liczyć nieznacznego niedomagania w sferze płciowej. Jednocześnie z przygnębieniem wystąpiła bezsenność, niepokój i zdenerwowanie oraz ciągłe wrażenie ucisku w tylnej części głowy. Ostrego bólu ani w głowie, ani w zębach, ani w żadnych innych częściach ciała nie było. Apetyt był popsuty; ciężkie fizyczne samopoczucie zaś wywołało u chorej majaczącą ideę, że cierpi ona karę za grzechy i że niema żadnej nadziei wyzdrowienia. Mało że pacjentka nie odczuwała żadnego bólu, żałośnie uskarżała się ona jeszcze na to, że jest niezdolną do odczuwania bólu.

Dr. G. W. Crile, który zbadał chorą, nie znalazł żadnych zmian patologicznych w organach miednicy, oprócz nierozwiniętej macicy; pozostałe narządy były normalne; tylko na wielu korzeniach zębów nasadzone były koronki, a w dolnej szczęce z obu stron znajdowały się dostawki mostkowe w okolicy trzonowców.

Fotografja Roentgen'a ujawniła ślady lekkiego zapalenia wierzchołków korzeni kilku zębów bezmiazgowych, lecz zmiany te zupełnie nie dawały wyobrażenia o ropniach choćby nieznacznej wielkości. Gdyby nie było tak groźnych objawów psychicznych, nie byłoby wcale potrzeby wyjmowania tylu zębów na zasadzie tylko podejrzenia. Lecz objawy psychiczne były tak dalece poważne, że postanowiono wyjąć wszystkie zęby, co też i uskuteczniono w styczniu 1909 r.

Po operacji chorą położono do łóżka, przyczem zmian w stanie zdrowia jej w ciągu kilku dni nie zauważono. Gdy zrobiło się jej gorzej, leżała chowając twarz w poduszce lub opierała się na łokciach i kolanach; tak była pochłonięta swem majaczeniem, że nie odrazu i niechętnie odpowiadała na pytania i okazywała bardzo mało przywiązania do członków rodziny. W tydzień po operacji sen znacznie się poprawił, stała się więcej towarzyską i mniej zgnębioną. Przez tydzień trwało polepszenie, lecz następnie, czy to wskutek zaburzenia

w trawieniu, czy też z jakiego innego niewiadomego powodu, choroba się wznowiła, chociaż do tak opłakanego stanu jak poprzednio już nie doszła. Po odpowiedniej interwencji lekarskiej wyzdrowienie nastąpiło po upływie około dwóch miesięcy po operacji. Obecnie pacjentka jest wesoła, czynna i, o ile nie brać w rachubę nawiedzającego ją od czasu do czasu bólu głowy, zdrowa fizycznie i moralnie. Dr. G. Crile oraz personel lekarski „Lakeside Hospital'u" badali tę pacjentkę wraz z autorem.

Nieodpowiednia pomoc dentysty niekiedy zamiast ulgi sprowadza nowe źródło drażnienia, a powstałe przez to objawy psychiczne występują tak demonstracyjnie, jakby przy sztucznie urządzonem doświadczeniu laboratoryjnem.

Przyp. 4. Pacjentka, młoda kobieta lat 28, zaczęła wykazywać oznaki osłabienia siły umysłowej, co było nader charakterystycznem dla *dem. praecox.* Przy pomocy promieni Roentgen'a stwierdzono, że w szczęce znajdowały się niewyrznięte zęby, które też zostały usunięte, poczem nastąpiło trwałe polepszenie: cera stała się zdrowszą, usposobienie spokojniejszem; chorej przybyło na wadze; stopniowo wróciła ona do stanu normalnego. W tym czasie dentysta nieostrożnie odkrył miazgę i zaplombował ubytek, ochraniając żywą miazgę przykrywką. Po trzech dniach u chorej nastąpiła wznówka choroby; stan taki trwał trzy dni, zanim ząb nie został usunięty, poczem chora znowu zaczęła się poprawiać i doszła do poprzedniego stopnia wyzdrowienia.

Następujące przypadki są nader ciekawe, gdyż przyczyną zaburzeń były zatrzymane zęby; w każdym przypadku poprawa nastąpiła po dziesięciu dniach po wyjęciu tych zębów.

Przypadek *dem. praecox* dotyczył dziewczyny lat 19, która przybyła do szpitala w październiku 1907 r. Na dziesięć miesięcy przed wstąpieniem chora przedstawiała obraz głęboko zamroczonej świadomości w związku z majaczeniem. W szpitalu przez dwa pierwsze miesiące była ona izolowana, trzymano ją w łóżku, stale przywiązaną do tegoż; próbowała uciekać; darła na sobie ubranie i nago wybiegała na ulicę; ciągle była w stanie podnieconym; nie sypiała; mruczała coś niezrozumiale. Bez uśpienia niepodobna było zbadać ani zębów, ani organów miednicy, gdy tymczasem powstawało przypuszczenie, że psychozę jej wywołuje jakieś drażnienie.

Traktowano ten przypadek jako kamień probierczy, w celu poważnego sprawdzenia teorji irytacyjnej *dem. praecox.* Okazało się (przy pomocy promieni Roentgen'a), że ukryte i zatrzymane w szczęce były cztery trzonowce i boczny siekacz. Zęby te zostały usunięte. W pięć dni po operacji, zanim mogło nastąpić widoczne polepszenie, chora w nocy rozwiązała przytrzymujące ją opaski i wyskoczyła na zmarzłą ziemię z wysokości 30 stóp z okna drugiego piętra. Okazało się, że ani jedna kość nie została uszkodzona; chora powoli wróciła zupełnie do zdrowia. Obecnie pacjentka jest zdrowa psychicznie i tylko od czasu do czasu cierpi na ból głowy i słabą bezsenność.

Niniejszy przypadek *dementia praecox,* spostrzeżony we wczesnym okresie, należy do tych, z których z czasem rozwija się typowe obłąkanie, które dostarczają największego kontygensu przestępców z przyzwyczajenia. Chory do lat 16 był dzielnym, zdrowym chłopcem. Na rok przed ukazaniem się choroby zaczął objawiać nerwowość, stracił sen; był coraz mniej przywiązany do członków rodziny. Poczucie moralne w znacznym stopniu przytępiło się, a niekiegy przyswajał sobie cudze rzeczy. Chłopiec stał się upartym i samowolnym, a żadne kary nie działały na niego. Okazało się, że miał on w szczęce trzy niewyrznięte trzonowce. Po usunięciu ich wkrótce nastąpiło polepszenie; chłopiec stał się zgodnym i posłusznym; obecnie dobrze się uczy w szkole. Pozostały tylko bóle głowy, które wystąpiły w kilka miesięcy po pierwszej operacji i widocznie mają związek z zepsutym zębem, który znajdował się w górnej szczęce. W przypadku niniejszym *dem. praecox* ataki, niekiedy w ostrej formie, następowały kolejno przerwami z zachowaniem zupełnej świadomości. Ataki, którym towarzyszyły bezsenność, silne podniecenie, lekkie majaczenie, niekiedy objawy katalepsji, występowały 1—2 razy do roku i trwały kilka tygodni lub miesięcy. W przerwach pacjent był rozdrażniony, i trudno było dać sobie z nim radę. Górny lewy trzeci trzonowiec zamknięty był w szczęce i położony pod nieznacznym kątem; został on usunięty; niezwłocznie nastąpiło polepszenie, a po doprowadzeniu pozostałych zębów spróchniałych do porządku nastąpiło zupełne wyzdrowienie. W żadnym z powyższych przypadków nie było bólu zębów.

Przypadek poniższy jest jeszcze bardziej pouczający, niż poprzednie. W ostatnich 4—5 latach pacjent stał się marnotrawcą i nie lubiał długo pozostawać na jednem miejscu. Podczas pierwszej

wizyty lekarza raptownie porwał go bezmyślny śmiech, a w rozmowie i zachowaniu się okazywał zupełne zagmatwanie świadomości.

Stan ten podówczas można było przyjąć za chroniczną manję *resp.* atak w ostrej formie. Zatrzymany w szczęce górnej prawy dwuguzkowiec został usunięty. Pacjenta umieszczono w „Cleveland State Hospital", i tam przypadek ten uznano za przypuszczalną postać *dementia praecox.* Chory zaczął stopniowo się poprawiać i w końcu wyzdrowiał. W tym przypadku bolały jeden lub dwa zęby z obumarłą miazgą, lecz nic nie naprowadzało na myśl o zatrzymanym zębie.

Pacjent, 19-letni młodzieniec, z typową postacią hebefrenji (*hebephrenia*, rodzaj obłąkania w wieku pokwitania), której objawy zaczęły się od cierpień, wyraźnie wskazujących na zatrucie ze strony kiszek. Badania za pomocą promieni Roentgen'a nie wykazało żadnych szczególnych nieprawidłowości w zębach. Tylko jeden z trzecich trzonowców znajdował się nie w jednej linji z drugim i, chociaż nie przypisywano temu większego znaczenia, jednak ze względu na ostrożność ząb ten usunięto. Po wyjęciu ustały ciągłe drgawki lewej strony twarzy, lecz ogólny stan chorego pozostał bez zmiany. Jest to przypadek, który dał wynik ujemny.

Pacjentka zgłosiła się do autora blizko przed sześciu miesiącami. Dotąd pozostawała pod opieką d-ra A. B. Howard'a, starszego lekarza „Cleveland State Hospital" (szpital dla obłąkanych). Pacjentka znajdowała się w stanie bardzo podnieconym i miała wszystkie oznaki typowe hebefrenicznej postaci *dem. praecox.* Ponieważ trudno było zdobyć czułe płytki, zdjęcie zrobiono z całej głowy, wskutek czego fotografję zębów otrzymano niezbyt wyraźną. Wszystkie popsute zęby—w liczbie około 12—zostały usunięte na wypadek, by nie były powodem niedomagania. W ciągu następnych dziesięciu dni stan chorej polepszył się; uspokoiła się i zaczęła lepiej sypiać.

Główną przeszkodę do pogodzenia się z wypowiedzianymi w pracy niniejszej poglądami, stanowi, jak się zdaje, to, że wielu lekarzy wcale nie dopuszcza myśli, że czynności psychiczne mogą zależeć od złego stanu uzębienia. Jest to bez wątpienia przeżytek dualistycznego światopoglądu, według którego, materja istnieje sama przez się, a duch sam przez się, dusza bowiem nie może zależeć i nie zależy od ciała. Współczesna nauka wyrzekła się już tej teorji. Zakłócenie

całości duchowej przez takie czynniki materjalne jak bakterje tyfusu, rozbicie się samochodów oraz tysiące innych fizycznych przemocy, czyni zbytecznem wyodrębnianie chorób zębów pod tym względem w oddzielną rubrykę. Lecz wspomniany kierunek umysłów ma duże znaczenie, gdyż on to tłumaczy wrogi stosunek w obecnym i ubiegłym czasie do metody doświadczalnej, do oceny faktów, spostrzeganych podczas badania objawów w sferze psychicznej.

Zasadnicze zarzuty przeciwko przekonywującej wartości przypadków klinicznych polegają na tem, że wielu chorych wraca do zdrowia bez żadnego leczenia lub też przy zastosowaniu innych i rozmaitych sposobów leczenia, że w mniej poważnych przypadkach wyzdrowienie być może było rezultatem oddziaływania operacji zębów na wyobraźnię, a w poważniejszych rozpoznanie nawet mogło być mylne, wyzdrowienie zaś jako ostateczny wynik nastąpiłoby we wszelkich warunkach i przy innych metodach leczenia. W odpowiedzi na to można przytoczyć to, że wielu chorych, cierpiących na choroby nerwowe i niedomagania psychiczne w lżejszym stopniu, może powracać do zdrowia rozmaitemi drogami, i że wzbudzenie przekonania drogą operacji zębów należy brać w rachubę tak samo, jak to się robi przy zastosowaniu elektryczności lub zalecaniu lekarstw.

Co się tyczy rozpoznania tych przypadków, to zdanie każdego poszczególnego badacza, rozumie się, może być mylne, i chociaż w ostatnich czasach wiele uczyniono w sprawie klasyfikacji różnych postaci chorób psychicznych, jednak sprawa ta pozostaje jeszcze zagmatwaną, a zapatrywania różnych powag naukowych jeszcze się bardzo różnią. Dlatego też należy rozważyć, czy przypadki te i *które* z nich dają zasadę do robienia wniosków, oraz określić na czem mianowicie opierać się trzeba przy ocenianiu tych przypadków.

Co do rozpoznania, to opisane przypadki były badane przez wielu kompetentnych lekarzy, a wiele najcięższych uznano jako *dementia praecox*, pacjenci zaś autora pozostawali jednocześnie pod obserwacją lekarzy szpitala dla obłąkanych.

Ażeby demonstrować kliniczny przypadek lub doświadczenie laboratoryjne, najlepiej jest wykonywać je nie na pierwszym lepszym nasuwającym się przykładzie, lecz na starannie wybranych przypadkach. Najbardziej przekonywującymi bywają przypadki ciężkiej choroby o objawach typowych.

Z pośród mnóstwa niedomagań nerwowych i psychicznych, wywoływanych przez choroby zębów, *dementia praecox* jest najbardziej przekonywującem, wskutek burzliwego swego przebiegu oraz szybkości, z jaką oddziaływa w tych razach leczenie operacyjne. Hypnozie choroba ta nie poddaje się. Z pośród różnych patologicznych zmian w uzębieniu, szkodliwie oddziaływających na nerwy i psychikę, zęby zatrzymane stanowią najprostszy co do jakości i najbardziej drażniący co do skutków objaw.

Jeżeli wybrać wyraźnie typowe przypadki *dem. praecox* we wczesnym okresie lub w ciągu pierwszych miesięcy po ukazaniu się choroby w ostrej postaci, to w wielu z nich, może nawet w połowie, znajdziemy zatrzymane zęby, ujawniające się na fotografji Roentgen'a. Usunięcie tej przyczyny drażnienia, jak również innych, jak ropni, głębokiej próchnicy lub wyrośli kostnych, prowadzi do wyzdrowienia w tak znacznej liczbie przypadków, że, zdaniem autora, możliwem jest uznać związek przyczynowy pomiędzy wspomnianemi źródłami drażnienia a objawami niedomagania psychicznego.

Niekiedy przeciwko odnajdywaniu przyczyn nerwowego lub psychicznego niedomagania w organach jamy ustnej, brzusznej lub miednicowej oraz możliwości leczenia tych przez usunięcie przyczyn drażnienia, przytaczany bywa zarzut, iż psychiczne i nerwowe choroby są dziedziczne, leżą we krwi. Na tej zasadzie tacy chorzy uważani są za nieuleczalnych i odsyłani do schronisk. Jest to podobne do odmowy leczenia chorego na gruźlicę dlatego, że nosi on w sobie usposobienie do tej choroby, lub też do odmowy leczenia bólu głowy dlatego, że choroba może na nowo powstać z tej lub innej przyczyny.

Sposób leczenia, przynoszący ulgę, obliczony jest nie na braku usposobienia u pacjenta, od którego nie można się spodziewać, że stworzy on uodpornienie przeciwko wznówkom. Gdyby rzecz się tak miała, to chininę, surowicę przeciwbłoniczną oraz wiele innych środków lekarskich należałoby zarzucić.

Ciekawe jest pytanie, czy da się pogodzić istnienie podrażnienia ze strony zębów ze zdrową świadomością, innemi słowy, czy istnieją ludzie z poważnemi nienormalnościami i chorobami zębów, którzy nie cierpią ani na nerwy ani niedomagania psychiczne. W odpowiedzi na to pytanie można nadmienić, że człowiek zachowuje swoje miejsce w przyrodzie dzięki zdolności do walki z przejściowymi wpływa-

mi. Odporność na zakażenie, zdolność zwalczania zmęczenia i walki z truciznami, wytrzymałość w stosunku do podrażnień — wszystko to u różnych ludzi jest rozmaite jak pod względem stopnia, tak i jakości. U jednego te lub inne podrażnienie odbija się na humorze, u drugiego wywołuje niedomaganie psychiczne. U jednego jako skutek podrażnienia występuje niestrawność żołądka lub biegunka, u drugiego—niedomagania naczynioruchowe, gorączka i t. d. Niektórzy mogą wytrzymać przez długi czas bez cierpień podrażnienia, wywołane chorymi zębami. Nawet zatrzymane zęby w przytoczonych przypadkach istniały i działały przez całe lata, nie zdradzając niczem, że mogą narobić biedy. Najcięższe co do jakości siły niedomagania mogą w rezultacie obalić najwięcej wytrzymałego; lecz najpodatniejsi, wobec swej podatności, niekoniecznie stać się mają niepożądanym członkami społeczeństwa. Wrażliwość jest właściwością niektórych najbardziej utalentowanych ludzi i stanowi zaletę, niezbędną do pewnego rodzaju wyższości. Z drugiej strony brak objawów zewnętrznych przy istnieniu jakiegokolwiek niedomagania nie zawsze nadaje prawo do uważania go za nieszkodliwe. Nawet choroby zakaźne często przez dłuższy czas kryją się w organizmie, nie wykazując objawów swego istnienia. Bakterje gruźlicze mogą znajdować się w płucach lub w mózgu, laseczniki błonicy i pneumonji w jamie ustnej nieskończenie długo, nie sprawiając widocznego, a niekiedy wcale żadnego cierpienia temu, kto je w sobie nosi.

Wszystkie te fakty i rozumowania, zdaniem autora, pozbawiają znaczenia zarzut, że u wielu ludzi zęby znajdują się w bardzo niezdrowym stanie, a jednakże ludzie ci nie cierpią ani na nerwy, ani na niedomagania psychiczne. *K.*

14) Dr. med. T. Montigel. Złocenie sposobem Herbst'a (Schweizerische Vierteljahrsschrift für Z-de № 2 r. u.).

Autor podaje wyniki stosowania Herbsta sposobu złocenia rozmaitych metali i monet. Firma złotnicza Wilhelma Herbst'a z Bremy sprzedaje rozczyn, za pomocą którego łatwo otrzymuje się czyste, równomierne i trwałe pozłocenie, przyczem jako dodatnia elektroda służy drut aluminjowy. Sposób użycia jest b. prosty. Przedmiot, przeznaczony do pozłocenia, należy dobrze oczyścić i opłukać wodą, następnie owiązać załączonym drutem aluminjowym kilkakrotnie wpoprzek i nakrzyż i pogrążyć w płynie, nalanym do płaskiego naczynia

porcelanowego lub emaljowanego. Płyn nieco ogrzewamy; otrzymujemy piękny, równomierny osad. Czas trwania złocenia wynosi, mniej więcej, 10 sekund do 1—2 minut. Po ukończeniu manipulacji przedmiot należy dobrze spłukać i oczyścić (spolerować). Złocenie może trwać aż do całkowitego zużycia płynu, a drut aluminjowy po oczyszczeniu szklakiem (papierem szmerglowym) nadaje się do ponownego użytku.

Doświadczenia d-ra Montigel'a i jego brata, wykonane na dwudziestu kilku monetach i krążkach srebrnych, miedzianych, niklowych, nowosrebrnych, cynowych i stalowych dały następujące wyniki. Najważniejsze jest dokładne oczyszczenie przedmiotu; najlepszem okazało się czyszczenie szczotką i pumeksem; miedź należy poprzednio przepalić i wygotować w rozcieńczonym kwasie siarczanym. Solution de décapage można stosować z powodzeniem do wszelkich metali. Ujemne wyniki są skutkiem niedostatecznego oczyszczenia przedmiotu. Rozmaite metale dają niejednakowo dobre wyniki; zgodnie z doświadczeniami postawić je należy w następującym porządku: nikiel, stal, srebro, nowe srebro, cyna, miedź; przypuszczalnie zależy to od elektrochemicznych własności poszczególnych pierwiastków. Jest rzeczą zrozumiałą, że glin (aluminjum) się nie złoci, ponieważ brak tu potrzebnej łączności dla prądu elektrycznego. Rodzaj powstałej pozłoty jest zadawalniający. Warstwy złota nie ściera mocne gładzidło; o ile przedmiot był należycie przygotowany, polerowanie nadaje mu piękny czerwonożółty połysk.

Grubość warstwy złota można regulować, mniej więcej, długością trwania kąpieli.

Sposób pozłacania Herbst'a w codziennej praktyce odda znakomite usługi: do pozłacania dostawek czasowych, równomiernego pokrywania miejsc spajanych oraz różnokolorowego złota. *Z. F.*

15) Broomell. Oddziaływanie dużych ilości złota w zetknięciu z substancją zęba (Dental Cosmos 4, Deut. Zahnärztl. Zg. 39 r. z.).

Wiele sporów obecnie wywołuje kwestja, ile cierpią te zęby, (a specjalnie ich miazgi), które, służąc za punkta oparcia dla dostawek mostkowych, pokrywane są całkowitemi lub niepełnemi koronkami. Na zasadzie całego szeregu mikroskopowych preparatów autor dochodzi do wniosku że szkliwo i zębina tak samo jak i miazga i ozębna

korzenia podlegają w większym lub mniejszym stopniu zmianom pod wpływem nienaturalnego pokrycia. Rezultatem tego są: przekrwienie, zwapnienie miazgi, zgorzel sucha, stwardnienie tętnic, zanik miazgi i zębiniaki, zębina zastępcza oraz rozszerzanie kanalików zębinowych, zmiany włókien zębinowych w związku z zwyrodnieniem barwnikowem zębiny i jej rozpadem i t. d. Zbadane przez autora bardzo ciekawe przypadki, w części odtworzone na wspaniałych zdjęciach, prowadzą do następujących ważnych wniosków: 1) oddziaływanie wielkich ilości złota na zęby przy całkowitem lub częściowem pokryciu takowych w większości przypadków jest mniej lub więcej szkodliwe; 2) oddziaływanie to zwiększa się o ile końce włókien zębinowych są obnażone; 3) powstaje niepróchnicowa zmiana szkliwa łącznie ze zmianą zębiny; 4) prawie zawsze następuje zmiana patologiczna miazgi i obumarcie jej; 5) cierpi tkanka ozębnej bardziej wskutek mechanicznego podrażnienia, aniżeli z powodu przeciążenia. *K.*

16) E. Jacquet. O anginie Vincent'ego. (Revue trimestrielle de Stomatologie Belge № 4 r. z.).

Praca ta, nadzwyczaj zajmująca, opiera się na 42 poprzedzających ją rozprawach autorów francuskich, belgijskich, amerykańskich oraz 4 pracach angielskich. Angina ta, którą po raz pierwszy opisał w r. 1898 Vincent pod mianem *angine ulcero-membraneuse*, a którą inni autorzy nazywali *l'angine diphteroide de Vincent*, odgrywać powinna poważną rolę w stomatologji; aczkolwiek zazwyczaj bywa ona umiejscowiona na migdałkach, przenieść się jednak może łatwo na inne okolice jamy ustnej. Dentysta powinien we własnym jak i swoich pacjentów interesie znać związek, istniejący między chorobami jamy ustnej a sąsiednich narządów, np. gardła, krtani, nosa, ucha i t. d.

Ta specjalna forma anginy przedstawia się w I okresie jako pozorna błonica (*angine pseudo-diphterique*), cechująca się obecnością błonki rzekomej (*fausse membrane*) na migdałku, w drugim zaś—owrzodzeniem mniej lub więcej głęboko sięgającem. Zwiastuny tej choroby podobne są do tych jakie widzimy przy zapaleniu migdałków mieszkowem lub zwykłem; skonstatować można zazwyczaj na jednym tylko migdałku, rzadko bardzo na obu równocześnie, jeszcze rzadziej w otoczeniu, np. na podniebieniu miękkiem, twardem i t. d., biały pokład wyglądu błoniczego, przyczem atoli tylko drogą bakterjologiczną

postawić można na pewno djagnozę różniczkową. Jak przy błonicy, i tu wyczuwać się daje oddech cuchnący; zauważyć można owrzodzenia, pokryte powłoką zgorzelinową, łatwą do zdjęcia; możliwem jest rozejście się bez wszelkich następstw i śladów. Omawiane cierpienie jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez typowe 2 drobnoustroje, które autor dokładnie opisał. Zarazek ten oraz prątki kręte *(spirillaceae)* znaleźć można również w zdrowej jamie ustnej, a zwłaszcza tam, gdzie zęby są spróchniałe.

Świat lekarski żywo zainteresował się opisaną tu chorobą. I tak Bayer w Belgijskiem Tow. oto-laryngologicznem w r. 1901 referował obserwowany przez siebie przypadek anginy Vincent'a, która przeciągnęła się (do wyleczenia) 3 miesiące. Iwanow w „Medicinskom Obozrenji" (1903 r.) ogłosił pracę o anginie Vinc. i jej powikłaniach, Mayer w r. 1904 w „Amer. Journal of. med. Sciences"—o schorzeniach gardła i jamy ustnej, wywoływanych prątkiem wrzecionowatym i prątkami krętymi Vincent'a, oraz o związku między *stomatitis ulcerosa membranacea* i *anginą Vincent'a* i t. d.

Rozpoznanie tej formy anginy jest bardzo ważne ze względu na to, że może ona spowodować powikłania bardzo poważne. W I okresie analogja z dyfterją (błonicą) jest taka, że tylko badanie bakterjologiczne stwierdzi rozpoznanie. W II okresie łatwo się pomylić; chorobę tę rozpoznać można jako przymiot, ale i tu bakterjologiczne badanie usunie wszelkie wątpliwości; i w tym okresie mylne rozpoznanie miałoby fatalne następstwa.

W większości przypadków, dotąd opisanych i rozpoznanych, przebieg choroby był łagodny. Choroba ta wymaga, prócz rozpoznania istoty jej, starannego leczenia, troskliwej opieki, chory bowiem, zostawiony sam sobie, może wiele ucierpieć; następstwa mogą być fatalne. Błękit metylenowy odgrywa przy leczeniu jej ważną rolę, następnie płukanie wodą utlenioną i lepsze odżywianie oraz wzmacnianie ogólnego stanu zdrowia. Przy trafnem rozpoznaniu i odpowiedniem leczeniu choroba ustąpić może już po trzech dniach, inaczej trwać może 8—15 dni. *Dr. Emil Friedlender.*

17) W sprawie leczenia przewlekłych ropni zębodołowych i ropniaków zatoki szczękowej. Dr. Rudolf Beck z Chicago (Dental Revieu 1. r. u.) ogłasza ciekawe wyniki leczenia powyższych spraw własną swą metodą.

Autor nie porusza zarówno etjologji, jakoteż patologji a także obecnych sposobów leczenia ropni zębodołowych i ropniaka *(empyema)* zatoki ropniaków.

Wszyscy znamy trudności leczenia zastarzałych ropniaków, zwłaszcza wobec oddalenia ogniska ropienia, kiedy nie może ono być radykalnie wyleczone drogą chirurgiczną. Autor przewiduje, że przy tych właśnie uporczywych sprawach nowy sposób okaże się doskonałym.

Nowy sposób polega na wstrzykiwaniu pasty, składającej się z 33 cz. podazotanu bizmutu (*bismuthum subnitricum*) i 67 części wyjałowionej żółtej wazeliny.

Wstrzyknięta w stanie płynnym w zastarzałą ropiejącą przetokę lub jamę, pasta wstrzymuje wydzielinę, sprzyjając zabliźnieniu, pod warunkiem jednak, że wszystkie wgłębienia zatoki zapełnione będą pastą i że w nich nie będzie żadnych ciał obcych, jak np. martwaków i t. p.

Sposób ten został już w setkach przypadków stwierdzony. Skonstatowano mianowicie 50% przypadków zupełnego wyleczenia najbardziej uporczywych tego rodzaju cierpień.

Nie posiadamy dostatecznych powodów do powątpiewania o możliwości podobnych wyników również i w naszej praktyce, ponieważ mamy do czynienia z warunkami bardziej sprzyjającymi, a pod względem patologicznym identycznymi.

Otrzymane przez autora wyniki okazały się o tyle dobrymi, że oczekiwał on również zainteresowania się tą metodą w naszej specjalności, jakie było i w medycynie ogólnej. Oto technika omawianej metody.

I. Zastarzały ropień zębodołowy z przetoką. Przekonawszy się, że kanały zęba są starannie zaplombowane, autor, wprowadzając tępy elastyczny zgłębnik w kanał przetokowy, dochodzi nim, o ile jest to możliwem, do zębodołowej powierzchni chorego zęba. Jeśli kanał jest zanadto wązki, autor rozszerza go za pomocą ostrego okrągłego świdra S. S. White'a № 8, osadzonego w kołowrotku. Po zatamowaniu krwotoku, należy wprowadzić w otwór koniec szklanej lub metalowej szprycy, zawierającej około $^{1}/_{2}$ uncji pasty, i przy lekkem lecz stałem naciskaniu zapełnić pastą cały kanał przetokowy. Czasami należy zastosować kilka wstrzyknięć, ale zwykle wystarcza jedno. Jeżeli przetoka po kilku wstrzyknięciach nie zabliźnia się, należy szukać przy-

czyny w istnieniu obcego ciała, obumarłej tkanki lub martwaka, a po usunięciu tych i przy powtórzeniu wstrzykiwań otrzymujemy pożądany wynik.

Autor zaleca, o ile to jest możliwem, zrobić zdjęcie rentgenograficzne dla ścisłego określenia obecności ciał obcych.

II. *Ropniaki zatoki szczękowej (Highmora).* Autor opisuje tylko przypadki pochodzenia zębowego, ściślej zaś mówiąc te, gdzie ropienie zjawia się jako wynik choroby zęba, stykającego się z zatoką.

Przekonawszy się, że ropa z wierzchołka korzenia wlewa się do zatoki szczękowej, ząb zaś może być ocalony, autor przewierca komorę miazgową, robiąc miejsce do ściekania ropy. Przy zanadto wązkim otworze wierzchołka korzeniowego autor rozszerza go odpowiednim wywiertnikiem (drylem) takiej wielkości, aby utworzyć wolne przejście dla pasty przez wierzchołek korzenia do zatoki szczękowej i wprowadza ją dotąd, dopóki ostatnia nie zostanie całkiem wypełniona pastą, nadmiar której przecieka przez naturalny otwór nosa (*meatus medius*).

W przypadkach koniecznego usunięcia zęba wstrzyknięć dokonywać należy przez otrzymany w ten sposób otwór, a wtedy koniec strzykawki powinien być nieco grubszy, niż otwór zewnętrzny, aby pasta nie ściekała po jej bokach. Jeżeli zaś nie usuwamy zęba i nie możemy przedostać się przez otwór wierzchołka korzenia, robimy otwór w okolicach wgłębienia nadkłowego *(fossa canina)*. Nie należy stosować żadnych środków w celu wypłukiwania ropy.

Powolne wypełnianie zatoki pastą wyciska stamtąd ropę przez naturalny otwór nosa. Zatokę należy całkiem wypełnić pastą.

W niektórych przypadkach stosujemy więcej, niż jedno wstrzyknięcie. Musimy w pewnym stopniu kierować się patologicznymi warunkami i objawami; nie możemy oczekiwać powrotu do stanu normalnego w przypadkach zastarzałego zwyrodnienia śluzówki, wyściełającej zatokę, jak również przy rozpadzie tkanek kostnych.

Gdy ropa przestanie się wydzielać, i pocznie się wytwarzać ziarnina, możemy już mówić o wyleczeniu.

Inną grupę przypadków, przy których wstrzyknięcie bizmutu daje dobre wyniki, tworzą ubytki szczękowe, powstałe wskutek urazu, przymiotu, gruźlicy, torbieli skórnych i martwicy fosforowej.

Ubytki takie powinny być wypełniane pastą. Gdy po powtórnem wstrzyknięciu ubytek nie zanika, konieczną staje się pomoc chirurgicz-

na. Zamiast jednak zapełnienia gazą powstałego po operacji ubytku zaleca się również pastę. W przypadkach obfitego krwotoku trzeba czasowo wypełnić ubytek gazą, którą na drugi dzień zastąpić należy pastą. W celu uniknięcia wyciekania pasty podczas jedzenia a także dla zapobieżenia przedostawaniu się pokarmów do napełnionego pastą ubytku, ostatni przykrywamy twardą parafiną. W danym przypadku pasta działa nietylko jako środek przeciwgnilny, lecz także jako środek opatrunkowy, przewyższający znacznie inne i sprowadzający szybkie zabliźnianie się.

Cóż się staje z pastą po wstrzyknięciu jej w zatokę?

Laboratoryjne oraz kliniczne doświadczenia wykazały, że wkrótce po wstrzyknięciu pasty w ropiejącą zatokę styka się ona z choremi tkankami, powodując zmianę wydzielin, które szybko przetwarzają się z surowiczo-ropnej w surowiczą. Zmiana ta—to objaw pożądany, wskazujący, że wydzielina została wyjałowiona. Fakt ten, zaobserwowany w wielu przypadkach podczas systematycznych badań wydzielin, wykazuje stałe zmniejszanie się i ostateczne zniknięcie wszystkich drobnoustrojów. W ciągu jednego—dwóch dni część pasty wycieka przez otwór zatoki, reszta zaś stopniowo zostaje wessana.

Zjawisko to zostało sprawdzone przy pomocy radjogramu, również drogą doświadczeń na zwierzętach. Wstrzyknięcie znacznej dawki pasty niekiedy powoduje powstawanie ostrego zatrucia, zbliżonego do zatrucia ołowiem, rtęcią etc., na śluzówce oraz zabarwienia dziąseł wokoło szyjek zębowych na kolor niebieski; zęby ruszają się i ostatecznie wypadają.

W przypadkach bardziej uporczywych można obserwować biegunkę, ostre zapalenie nerek etc. Mając zaś na względzie tę okoliczność, że w zębolecznictwie stosujemy niewielkie dawki, rzadko przewyższające jedną uncję, w praktyce objawów takich obawiać się nie należy.

Autor zwraca szczególną uwagę na stosowanie pasty bizmutowej w celach djagnostycznych. Wiadomo, że bizmut posiada własność nieprzepuszczania promieni X, a wskutek tego staje się nadzwyczaj podatnym materjałem do zdjęć radjograficznych.

Radjogram, otrzymany po wstrzyknięciu pasty w zatokę, całkiem jasno wskazuje granice i rozgałęzienia kanału przetokowego i jam, bez względu na ich długość i skrzywienia.

Stereoskopowe radjogramy posiadają większe jeszcze znaczenie, ponieważ wykazują głębokość zatoki i jej stosunek do innych części.

Metoda ta, odkąd autor zaczął ją stosować w różnych warunkach, dała dodatnie wyniki, w jednym tylko przypadku, gdzie technika operacyjna była nieprawidłowa, rezultat był ujemny; i tym razem cierpienie wreszcie zostało usunięte.

Autor dochodzi do konkluzji:

1) Zastarzały ropień zębodołowy z przetoką lub bez niej, ropniak zatoki szczękowei i ropnie szczękowe mogą być wyleczone przy pomocy 33% bizmutowo-wazelinowej pasty, pod warunkiem wolnego dostępu do każdej części zatoki lub ubytku a także gdy w nich niema żadnych ciał obcych.

2) Ta sama pasta, wstrzyknięta w kieszonki przy ropotoku zębodołowym po zdjęciu kamienia, posiada własności lepsze od wszelkich używanych obecnie środków.

3) Radjogramy, otrzymywane po wstrzyknięciu pasty bizmutowje, wykazują wszystkie rozgałęzienia zatok i jam ropni, prowadzące do ich ogniska.

4) Podazotan bizmutu jest środkiem przeciwgnilnym.

5) Wstrzyknięcie do 100 gramów 33% pasty nie powoduje objawów zatrucia. W dużych zaś dawkach zastosowana, może spowodować objawy miejscowego lub ogólnego zatrucia.

6) Przed zastosowaniem ryzykownej jakiejś operacji, nawet w najbardziej uporczywych przypadkach, należy w ciągu pewnego czasu wypróbować działanie pasty.

7) Pasta służy jako doskonały środek opatrunkowy przy ropiejących ubytkach, sprowadzając zabliźnianie zastarzałych ropni.

L. Chmieleński.

18) Williger prof. Sprawy ropówkowe, pochodzące od nieuszkodzonych zębów mądrości (Oesterr. Ung. Vierl.-ft für Zde 3 r. z.).

We wszystkich przypadkach tak zwanego trudnego wyrzynania się dolnych zębów mądrości chodzi zawsze o pierwotny ropień na dolnej powierzchni fałdy dziąsła, przykrywającej ząb mądrości, gdy tymczasem wszelkie inne objawy kliniczne: zapalenie okostnej, obrzmienie miękkich części, zapalenie gruczołów chłonnych, szczękościsk—są to tylko objawy drugorzędne. Fałda dziąsła na dolnej swej powierzchni pokryta jest warstwą nabłonka, który nadzwyczaj łatwo podlega

zranieniu i stale bywa siedliskiem pierwotnego ropnia. Produkty zapalenia, nagromadzone pod napęczniałą tałdą, nie znajdując ujścia, przenikają wgłąb po bocznych powierzchniach zęba i wywołują przytem niektóre groźne objawy, przypominające ropówkę, wywołaną bezmiazgowymi zębami lub korzeniami. Przy leczeniu należy dążyć do usunięcia bólów i zachowania zęba, jeżeli ten koniecznie jest potrzebny do żucia. Jeżeli zaś położony jest po za łukiem zębowym lub zajmuje niewłaściwe miejsce, należy go usunąć, lecz dopiero po przejściu ostrego zapalenia. Najlepszym środkiem do wyleczenia ropni jest zalecane przez Partsch'a tamponowanie gazą jodoformową. To ostatnie nie zawsze jest łatwem do wykonania i często bywa bardzo bolesnem; należy powtarzać je dotąd, dopóki fałda nie zostanie odepchnięta wtył od zęba. Leczenie objawów drugorzędnych — ropni na dnie jamy ustnej, ropówek, zapalenia okostnej, szczękościsku, zapalenia gruczołów chłonnych, jak również usunięcie w następstwie zęba, należy wykonywać według ogólnych zasad chirurgicznych. *M.*

19) Brak soku żołądkowego *(achylia gastrica)* **wskutek braku zębów.** Zaburzenia żołądkowe, jakie występują przy tem cierpieniu są: ucisk w dołku podżołądkowym, bóle i wreszcie od czasu do czasu wymioty. Schilling stwierdził, że przyczyną cierpienia jest brak zębów. Przypadków takich widział on 30 (Zentralblatt f. innere Medicin 1910 r. № 6). Jeżeli choroba ta istnieje czas dłuższy, występuje rozwolnienie pochodzenia zębowego („dentogastrogenen Diarrhöen"). Ostateczną jednak przyczyną jest zawsze nienormalna fermentacja w kiszkach („enterogene Diarrhöen"). Brak soku żołądkowego, trwający czas dłuższy, trudno się daje wyleczyć; należy jaknajprędzej przedsięwziąć leczenie zębów oraz natychmiastowe wstawienie zębów sztucznych. Po dokonaniu tego dalsze pielęgnowanie zębów powinno być zalecane. (D. M. f. Z. VII r. z.). *Z.*

20) Przypadek porażenia twarzy po wyjęciu zęba opisuje dr. Zasas (Bazylea) w „Deutsche M-ft für Zahn-de" (VII r. u.).

Lewy górny trzonowiec wyjęty został przez technika; po operacji wystąpiły silne bóle i porażenie twarzy. Środki antineuralgiczne (chinina, antipyryna, aspiryna) nie skutkowały; nieznaczną ulgę przynosiły płukania ciepłą wodą. Po 14 dniach wypłynęła z rany po wyjętym zębie cuchnąca ropa, zmieszana z krwią w dosyć znacznej ilości. Porażenie twarzy prawdopodobnie nastąpiło wskutek

zakażenia, gdyż po spłynięciu ropy nastąpiło polepszenie oraz zagojenie. *Z.*

21) Dr. Ledermann. Twardy szankier w jamie ustnej (Ulcus durum). (Deutsch. Med. Woch. № 48 r. z. Żurn. kożn. i weneryczeskich boliezniej. 2.1910).

Pacjentka autora poczuła trudności przy połykaniu po lewej stronie. Po zbadaniu okazało się, że lewy migdał był znacznie opuchnięty, wyżarty (erodowany), a na nim znajdował się mocno osadzony szarawo-biały strup. Nieznaczna bolesność zajętego miejsca, znaczne opuchnięcie gruczołów, zwłaszcza blizko umiejscowionych, nasuwały podejrzenie *ulcus durum*, co też sprawdziło się w dalszym przebiegu. Po przejściu powtórnej inkubacji wystąpiła *roseola*, która następnie zniknęła pod działaniem specyficznego leczenia. *K.*

List do Redakcji.

Szanowny Redaktorze!

Od niektórych kolegów słyszałam, że sprawa mego wystąpienia z Tow. Odontologicznego jest fałszywie komentowana i tłumaczona jakoby moim „feminizmem". Jest to tam dziwniejsze, że, zawiadamiając oficjalnie sekretarza Tow. o mojem wystąpieniu, żadnej przyczyny nie podawałam. Chcąc położyć kres tej wprost komicznej pogłosce, maskującej istotną przyczynę mego kroku, upraszam Was, Sz. Kolego Redaktorze, o łaskawe umieszczenie kilku słów, wyjaśniających przyczynę właściwą mego wystąpienia z Tow. Odont. Otóż do tego kroku skłoniła mnie rozbieżność poglądów moich z poglądami Tow. na kwestję tak zasadniczą, jaką jest kwestja hygieny zębów, jak również niemożność zgodzenia się ze stanowiskiem, jakie zarząd Tow. Odont. zajął w sprawie organizacji pomocy dentystycznej przy „Kolonjach Letnich". Ten to właśnie istotny powód mego kroku został przezemnie zakomunikowany prezesowi Tow. w liście prywatnym z dnia 28 grudnia r. z.

Przyjmcie, Sz. Redaktorze, wyrazy szacunku

Helena Kon-Feldblumowa.

Kronika i sprawy zawodowe.

= **Wyjaśnienie.** Rada Państwa uznała, że stopień prowizora farmacji uważać należy za równoznaczny z ukończeniem wyższego zakładu naukowego.

— **Kasa wzajemnej pomocy odontologów polskich.** W dniu 26.I r. b. w lokalu T-wa Odontologicznego odbyło się zebranie doroczne członków powyższej kasy. Fundusz kasy obecnie wynosi rb. 1,024. Do zarządu weszli: Drac, Oyrzanowski, Krakowski, Frejdkin i Fabianówna. Bliższych informacji udzielają: przewodniczący—Oyrzanowski (Zielna 12), skarbnik—Frejdkin (Widok 9) i sekretarka—Fabianówna (Marszałkowska 96).

— **„Zahntechniker--Zeitung"** — pod tym tytułem w Wiedniu zaczęło wychodzić nowe pismo, poświęcone technice protetycznej oraz sprawom zawodowym techników dentystycznych. Nowe pismo jest organem związku pom. techników dent. w Dolnej Austrji, ukazuje się raz miesięcznie. Prenumerata roczna wynosi kor. 6, za granicą Austrji Mk. 6. Redakcja i administracja: Wien VI Bez. Mariahilferstr. № 99.

Od administracji.

W celu uniknięcia przerwy w wysyłaniu „Kroniki", uprzejmie prosimy o uregulowanie przedpłaty za bieżące półrocze.

Redaktor i Wydawca Lekarz-Dentysta **M. Krakowski.**

Czcionkami Drukarni Naukowej, Warszawa, Hoża 64.